LA RÉSIDENCE

Anmeldeformular

Name:

Vorname:

Geburtstag:

Zivilstand:

Konfession:

Adresse:

PLZ / Ort:

Telefon:

E-Mail:

Steuerpfl. Kanton:

Hausarzt:

Hausarzt Telefon:

Gewünschter Eintritt:

Alterswohnung: ☐ 1. Zimmer Wohnung ☐ 2. Zimmer Wohnung

Pflegezimmer: ☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer

Eintritt vom: ☐ Spital ☐ Pflegezentrum ☐ zu Hause

☐ anderes

Adresse der nächsten Angehörigen
(zuständig für finanzielle Angelegenheiten)

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ / Ort:

Telefon:

Beziehungsgrad:

Der Absender bestätigt, alle Fragen gewissenhaft ausgefüllt zu haben.

Ort / Datum:

Unterschrift: _____